

**Programa de Asistencia Telefónica de Utah (UTAP por sus siglas en ingles)
LIFELINE/LINK-UP – APLICACION (Línea Casera)**



Nombre del Solicitante (Letra molde): _____ **Fecha** _____
Apellido Nombre Inicial del segundo

Domicilio: _____ **Ciudad** _____ **Estado: UT Código Postal:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Compañía Telefónica:** _____
Código de área Numero Telefónico

¿Esta el servicio telefónico a nombre del solicitante? Si No ¿Si la respuesta es no, a nombre de quien esta? _____
Si usted actualmente no cuenta con servicio telefónico, usted también puede calificar para LINK-UP que le puede dar descuentos en el costo de conexión y/o reconexión. ¿Desea aplicar para LINK-UP? Si No Si la respuesta si, favor de dejar un nombre y numero telefónico donde se le pueda contactar o dejar un mensaje para notificarle si usted califica o no. A partir de ese momento usted debe conectar su servicio telefónico y notificarnos de su nuevo número de teléfono para que se aplique el descuento.

Código de área Numero de teléfono Nombre de la persona de contacto (letra molde) E-mail/correo electrónico (no se requiere)

Instrucciones: El solicitante del servicio debe ser la cabeza de la casa o la persona en quien la propiedad o contrato de arrendamiento este a su nombre. Miembros de la familia deben vivir en la propiedad. Favor de llenar todas las preguntas del cuestionario. NOTA: Si un miembro de la familia participa de algún programa en la lista de la parte A, no es necesario que llene la parte B. Después de llenar la solicitud y anexar los documentos necesarios, favor de mandar por correo a: Utah Dept. of Community & Culture/UTAP Program/324 South State Street, Ste. 500/Salt Lake City, UT 84111.

PARTE A	<p>Por favor marque la caja del programa del cual algún miembro de su familia participa. Si usted marca por lo menos una de las cajas usted no tiene e que llenar la Parte B. Si ningún miembro de su familia participa de algún programa de la lista, usted debe completar Parte B.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Home Energy Assistance (HEAT/HELP)</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia a refugiados</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia General</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Work Toward Employment</td> <td><input type="checkbox"/> Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/> Estampillas de comida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)</td> <td><input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo gratuito (no reducido)</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda publica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Head Start (criterio de ingresos solamente)</td> </tr> </table> <p>Escriba el nombre y el seguro social de la persona que participa de alguno de los programas en la lista anterior <small>Nombre (por favor use letra molde) *Numero de seguro social</small></p>	<input type="checkbox"/> Home Energy Assistance (HEAT/HELP)	<input type="checkbox"/> Asistencia a refugiados	<input type="checkbox"/> Asistencia General	<input type="checkbox"/> Work Toward Employment	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Estampillas de comida	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo gratuito (no reducido)	<input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda publica	<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)		<input type="checkbox"/> Head Start (criterio de ingresos solamente)
<input type="checkbox"/> Home Energy Assistance (HEAT/HELP)	<input type="checkbox"/> Asistencia a refugiados	<input type="checkbox"/> Asistencia General											
<input type="checkbox"/> Work Toward Employment	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Estampillas de comida											
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo gratuito (no reducido)	<input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda publica											
<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)		<input type="checkbox"/> Head Start (criterio de ingresos solamente)											

**Información de Seguro Social es confidencial.*

PARTE B	<p>¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ Provea el ingreso mensual o anual de todos los miembros de su familia: (Vea la parte de atrás de esta solicitud y encontrará la tabla de ingresos elegibles y una lista de documentos que son aceptados como verificación de ingresos). Los documentos requeridos para la verificación de ingresos deberán ser presentados junto con la solicitud.</p>																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fuentes o Ingresos</th> <th>Nombre(s)</th> <th>*Numero de Seguro Social</th> <th>\$Mensual</th> <th>\$Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingresos (antes de impuestos)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingresos (asalariados adicionales)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguro Social (SSA, SSD o SSI)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desempleo/Compensaciones de Empleados</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beneficios a Veteranos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pensiones/Retiro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Manutención/pensión alimenticia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros (favor de explicar)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adjunto información adicional si es necesario .</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Cantidad TOTAL</td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </tbody> </table>	Fuentes o Ingresos	Nombre(s)	*Numero de Seguro Social	\$Mensual	\$Anual	Ingresos (antes de impuestos)					Ingresos (asalariados adicionales)					Seguro Social (SSA, SSD o SSI)					Desempleo/Compensaciones de Empleados					Beneficios a Veteranos					Pensiones/Retiro					Manutención/pensión alimenticia					Otros (favor de explicar)					Adjunto información adicional si es necesario .	Cantidad TOTAL		\$	\$
Fuentes o Ingresos	Nombre(s)	*Numero de Seguro Social	\$Mensual	\$Anual																																															
Ingresos (antes de impuestos)																																																			
Ingresos (asalariados adicionales)																																																			
Seguro Social (SSA, SSD o SSI)																																																			
Desempleo/Compensaciones de Empleados																																																			
Beneficios a Veteranos																																																			
Pensiones/Retiro																																																			
Manutención/pensión alimenticia																																																			
Otros (favor de explicar)																																																			
Adjunto información adicional si es necesario .	Cantidad TOTAL		\$	\$																																															

DECLARACION: Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información anterior es verdadera. He leído la información de esta solicitud y entiendo que debo reunir los requisitos para recibir la Asistencia Telefónica (Línea Casera y/o Link-Up) en mi principal línea telefónica residencial. Soy responsable de notificar a UTAP si no sigo siendo elegible para recibir el programa de ayuda y entiendo que debo devolver la diferencia entre el descuento y el precio regular.

Instrucciones para Parte B : Primero revise la tabla de abajo para saber si su proveedor de servicio telefónico (o alguno que usted necesite) participa en el programa UTAP. Segundo, para aquellos que revisan la Parte B, revise la tabla de ingresos que se encuentra abajo para determinar si el total de su ingreso familiar esta en o por debajo del 135% del nivel de pobreza para el numero de personas que viven en su hogar.

Si usted califica, entonces revise la tabla adyacente para encontrar el tipo de documentos que necesitara anexar a esta solicitud. Si usted se encuentra en circunstancias especiales que no se encuentran listadas, siéntase en libertad de escribir su explicación, o de llamar si usted tiene preguntas. Después de reunir todos los documentos que necesita, hágale copias (no le devolveremos las copias), complete y firme la solicitud en la parte delantera, coloque la estampilla adecuada, y envíe la solicitud junto con todos los documentos requeridos a: **Utah Dept. of Community & Culture (DCC)/UTAP; 324 South State Street, Ste. 500; Salt Lake City, UT 84111. Teléfono: 801-538-8793 o sin costo al 1-800-948-7540; Fax: 801-538-8615.**

Para solicitantes revisando la Parte B: 2005-06 Guía de Pobreza Federal (135% del Nivel de Pobreza)						Tipos de Documentos para Ingresos Aceptables incluyen:
Numero de persona en la familia	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Numero de persona en la familia	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	<ul style="list-style-type: none"> • Sentencia de Divorcio que muestre la asignación por Pensión Alimenticia o manutención infantil. • Balance de la Oficina de Servicios de Recuperación de manutención infantil. • Recibo de Cheque de Nomina por los últimos 3 meses consecutivos o un balance actual de ingresos recibidos durante el año proveído por su empleador. • Balance de sus beneficios de Pensión/Retiro. • Balance de beneficios recibidos del Seguro Social (carta de indemnización, deposito bancario directo, Forma 1099) • Declaración de impuestos: del Estado, federal o tribal del año anterior. • Balance de beneficios de Desempleo/Indemnización a trabajadores • Balance de beneficios de la Administración de Veteranos
1	\$1,077	\$12,924	6	\$2,911	\$34,932	
2	\$1,443	\$17,316	7	\$3,278	\$39,336	
3	\$1,810	\$21,720	8	\$3,644	\$43,728	
4	\$2,177	\$26,124	9	\$4,011	\$48,132	
5	\$2,543	\$30,516	10	\$4,378	\$52,536	
Agregue \$366 mensual por cada miembro adicional de la familia.						

Compañías telefónicas que participan en UTAP			
All West Communications	435-783-4361	Manti Telephone	435-835-3391
Bear Lake Communications	435-427-3331	Navajo (A Citizens Communications Co.)	1-800-871-5581
Beehive Telephone Company	435-663-0111	Qwest Communications	1-800-244-1111
Carbon Emery Telcom	435-748-2223	Skyline Telephone Co.	435-427-3331
Central Utah Telephone	435-427-3331	South Central Communications	435-826-4211
Emery Telcom	435-748-2223	Uintah Basin Telephone Assoc. (UBTA)	435-646-5007
Frontier (A Citizens Communications Co.)	1-800-921-8101	Uintah Basin Electronics & Telecommunications	435-646-5007
Gunnison Telephone Company	435-528-7236	Union Telephone	307-782-4129
Hanksville Telcom	435-748-2223		
Si su compañía telefónica no aparece en la lista (como Comcast), pregunte si tienen algún tipo de programa de asistencia para clientes de bajos ingresos.			

Sus derechos
Usted será notificado por correo cuando su aplicación sea procesada, si su aplicación es negada, usted tiene el derecho a una audiencia. Usted debe mandar por escrito una notificación a Division of Public Utilities al 160 East 300 South, 4th Floor; SLC, UT 84111 En los primeros 10 días de la notificación.